

В конечном счете такие стратегии позволяют ученым, специалистам в пищевой промышленности, находить «точку блаженства» для каждого продукта – точное сочетание соли, сахара и жиров, которое возбуждает мозг и заставляет возвращаться за еще одной порцией снова и снова. Результатом, конечно, становится зависимость, негативные привычки, поскольку приносящие чрезмерное удовольствие продукты более привлекательны для человеческого мозга» [1].

Но как же тогда элитным спортсменам удастся избежать «мусорной еды»? Ключевыми факторами являются цель, волевые качества, мотивация, привычка, окружение. Да, можно сказать, что «мусорная еда» – это привычка, но это плохая привычка. Тут задача сделать плохую привычку непривлекательной, связать с отрицательными чувствами. Чтобы создать хорошую привычку, надо, наоборот, найти преимущества, добавить привлекательности.

Сейчас психологи вводят хоккеистам в тренировочные занятия элементы когнитивного стресса, чтобы усилить итоговый эффект тренировки даже без добавления в нее дополнительной физиологической нагрузки.

Используют такие направления, как Brain training, Mind fitness. Они нужны для того, чтобы поддерживать и улучшать когнитивные способности человека, чтобы мыслительные процессы лучше работали при закислении. Это приводит к росту нейронных связей. Процесс можно сравнивать с наращиванием мышц при тренировках со штангой. Так проявляется нейропластичность центральной нервной системы (головного и спинного мозга).

Приведу пример упражнения на Brain training. В конце тренировки на льду уже уставший игрок за 1 мин должен забить как можно больше шайб в ворота, но перед броском хоккеист называет одно животное. Животное не может повторяться. Как показывает практика, то хоккеист не попадает в створ ворот или долго вспоминает животное.

Для развития когнитивных навыков можно использовать приложение «Викиум».

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что современные тенденции развития хоккеистов и спорта в целом не стоят на месте. Нельзя сделать один какой-то аспект развития спортсменов ключевым. Поэтому при развитии и достижении высоких спортивных результатов важна совокупность применяемых аспектов.

Литература

1. Клик, Д. Атомные привычки. Как приобрести хорошие привычки и избавиться от плохих / Д. Клик. – СПб. : Питер, 2018. – 160 с.

УДК 616.857

МИГРЕНЬ: ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А. А. Старушенко

Учреждение образования «Гомельский государственный технический университет имени П. О. Сухого», Республика Беларусь

Научный руководитель К. П. Новикова

Раскрыта сущность и симптомы мигрени как одного из самых распространенных заболеваний, которое известно человечеству на протяжении многих веков. Описаны причины, приводящие к приступам мигрени и их учащению. Представлена информация о способах лечения и профилактики данного заболевания.

Ключевые слова: мигрень, симптомы, неврологическая патология, диагностика, головная боль, причины, профилактические меры.

MIGRAINE: GENERAL CONCEPT, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT

A. A. Starushenko

Sukhoi State Technical University of Gomel, Republic of Belarus

Science supervisor K. P. Novikova

The article reveals the essence and symptoms of migraine as one of the most common diseases known to humanity for many centuries. There is a description of causes leading to migraine attacks and their increase in frequency. The article contains the methods of treatment and prevention of the disease described.

Keywords: migraine, symptoms, neurological pathology, diagnostics, headache, causes, preventive measures.

Мигрень является одним из наиболее распространенных заболеваний, от которого страдают до 14,4 % населения. Наибольшая частота головных болей наблюдается у женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Мигрень сама по себе неопасна для жизни, однако это тяжелое и изматывающее состояние. ВОЗ определяет мигрень как одну из 19 болезней, которые сильно снижают качество жизни. Согласно международной классификации головной боли (МКГБ), выделяют две основные мигрени в зависимости от наличия или отсутствия ауры – мигрень без ауры и мигрень с аурой.

Развитие мигрени обусловлено совокупностью факторов окружающей среды и генетики. Приблизительно две трети случаев мигрени имеют семейный характер. Лежащие в основе заболевания механизмы до конца не известны. Наиболее известными считаются сосудистая и нейрогенная теория возникновения мигрени. На сегодняшний день наука не выработала консенсуса о том, какие биомаркеры характерны исключительно для мигрени.

Мигрень – это вид головной боли, который характеризуется периодически повторяющимися приступами пульсирующей головной боли, нередко с односторонней локализацией и достаточной интенсивностью, что затрудняет повседневную активность человека. Мигрень может усиливаться при подъеме по лестнице, при физической нагрузке.

Мигрень без ауры называется «классической». Ею болеют примерно 80 % пациентов. Проявляется мигрень без ауры пульсирующей болью в одной точке. Ей не предшествуют никакие зрительные, слуховые или сенсорные нарушения. Иногда люди даже не понимают, что это именно мигрень, а думают, что у них просто болит голова.

Мигрень с аурой – более тяжелая форма болезни, при которой гемикрания осложняется неврологическими проявлениями. Специфические симптомы возникают за несколько часов до болевого приступа. В отдельных случаях они могут сопровождать пароксизм от начала до конца [2]. Мигрень с аурой – расстройство, проявляющееся повторяющимися эпизодами обратимых локальных неврологических симптомов (аурой), обычно нарастающих в течение 5–20 мин и продолжающихся не более 60 мин.

«Аура» – это термин, под которым врачи понимают следующее:

Зрительные нарушения. Это могут быть линии, огни, пятна, мерцания. В тяжелых случаях – утрата зрения. Все проявления имеют обратимый характер.

Нарушения чувственного восприятия. Кажется, что по телу ползают мурашки, человек ощущает покалывания, могут быть участки онемения. Все это тоже обратимо.

Расстройства речи, которые тоже проходят вместе с приступом.

В 73 % приступов мигрени с аурой головная боль начинается не после окончания ауры, а во время самой ауры и может сопровождаться другими симптомами мигрени – тошнотой (51 %), фотофобией (88 %) и фонофобией (73 %). Бывает, что развивается паническая мигрень. Ее осложнения – это страх, тревога и др. [2].

Также существует *хроническая мигрень* – эта форма мигрени характеризуется наличием головной боли 15 или более дней в месяц, из которых 8 или более дней связаны с мигреноподобными симптомами.

Приступ мигрени делится на несколько фаз:

- продром (предприступный период), который возникает за несколько часов или даже дней до возникновения головной боли;
- мигренозная аура, которая возникает непосредственно перед головной болью;
- фаза головной боли;
- постдром (послеприступный период), также длящийся от нескольких часов до нескольких суток. Если не принимать лекарств, то приступ мигрени длится от 4 до 72 ч.

При удлиненной ауре симптомы могут сохраняться до недели. Например, визуальные, слуховые, речевые. Это обычная аура, но только длится она дольше классической [3].

Механизмы развития мигрени до конца не изучены. Предрасполагающим фактором развития заболевания служит наследственно детерминированная дисфункция вазомоторной регуляции. Приблизительно 70 % больных мигренью имеют близких родственников с мигреноподобными головными болями в анамнезе.

Факторы, провоцирующие мигренозные пароксизмы: диетические (голод, нерегулярность питания); гормональные; психологические: эмоциональный стресс, тревога; депрессия, усталость; погодные изменения; физическая нагрузка; недостаток или избыток ночного сна; духота, запахи (запах парфюмерных изделий); зрительные стимулы (мерцающий или яркий свет); холод; шум; пребывание на высоте.

Диагностика мигрени проводится исключительно квалифицированным специалистом. Диагноз ставит невролог, именно к нему нужно обратиться с такой проблемой, как можно скорее. Врач должен исключить кисту, опухоль, энцефалит и сосудистые патологии, которые вызывают похожие симптомы. Поэтому проводится неврологическое обследование, КТ или МРТ головного мозга, пациент направляется на консультацию к офтальмологу для осмотра и определения полей зрения. Обязательно проводится ЭЭГ (электроэнцефалография), которая дает информацию о функциональной активности и особенностях биоритма мозга конкретного пациента. По результатам ЭЭГ врач выбирает медикаменты для терапии [2].

Лечение мигрени основано на том, чтобы устранить боль и сделать так, чтобы она повторялась как можно реже или вообще ушла. Могут применяться НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) или специфические лекарства, чаще всего триптаны (группа лекарственных средств, специально разработанных для снятия приступа мигрени). Также для лечения мигрени используется внутривенная инфузионная терапия. Эффективность обезболивания прямо пропорциональна времени приема препаратов. Купировать приступ можно, когда он только начался. Однако на пике приступа таблетки почти не действуют, потому что при мигренозном гастростазе в кишечнике очень затруднено всасывание любых веществ [1].

Альтернативные способы облегчить состояние – это легкие физические нагрузки (зарядка, ЛФК), физиотерапия. Особенно полезен массаж воротниковой зоны, потому что спазм мышц в этой области может провоцировать приступ.

Профилактика мигрени заключается в том, что нужно в течение определенного времени ежедневно принимать лекарство. Какое – назначает невролог индивидуально. Это лекарство будет действовать не на симптомы, а на причину болезни, не давая развиваться приступам. Однако медикаментозная профилактика показана не всем. Ее назначают, если:

- количество приступов – до 8 – в месяц или 2 – в неделю;
- пациенту почти не помогают даже специфические лекарства против мигрени;
- принимать триптаны и анальгетики нельзя из-за противопоказаний;

У пациента – гемиплегическая мигрень, редкое наследственное заболевание, приводящее к инсульту.

В заключении приведем несколько советов, которые могут способствовать профилактике приступов мигрени и сделать жизнь человека, страдающего ими, более комфортной:

- нормализация режима сна и отдыха: засыпание и пробуждение в одни часы в будни и выходные дни, релаксирующие мероприятия перед сном;
- регулярные умеренные физические нагрузки (аэробные нагрузки, кардиотренировки – ходьба по беговой дорожке в быстром темпе, велотренажер, плавание, фитнес) – минимум 1–2 раза в неделю;
- нормализация режима питания: не пропускать приемы пищи, полезно вести дневник питания для выявления провоцирующих продуктов;
- контроль стресса: релаксирующие мероприятия, при необходимости консультация психотерапевта для коррекции стрессовых влияний;
- при частом напряжении, спазме мышц шеи, плечевого пояса, области лопаток – мероприятия по уменьшению спазма (физкультура, плавание, массаж).

Л и т е р а т у р а

1. Мигрень: Основные принципы лечения и профилактики / О. Р. Есин [и др.] // Клиницист. – 2011. – № 4. – С. 10–16. – Режим доступа: https://klinitsist.abvpress.-ru/Klin/article/view/78/92?locale=ru_RU/. – Дата доступа: 21.04.24.
2. Морозова, О. Г. Мигрень: новые международные критерии постановки диагноза и принципы терапии, основанные на доказательной медицине и собственном клиническом опыте / О. Г. Морозова // Междунар. неврол. журн. – 2016. – № 3 (81). – Режим доступа: <https://www.gruzdevclinic.ru/o-klinike/stati/migren-s-auroj-simptomiy-i-lechenie>. – Дата доступа: 21.04.24.
3. Eriksen, M. K. Implications of clinical subtypes of migraine with aura / M. K. Eriksen, L. L. Thomsen, J. Olesen // Headache. – 2006. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. – Дата доступа: 21.04.24.

УДК 796.011

ЭЛЕКТРОННЫЙ ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ

Р. А. Якублевич

Учреждение образования «Гомельский государственный технический университет имени П. О. Сухого», Республика Беларусь

Научный руководитель Т. Ф. Торба

Онлайн-дневник самоконтроля по физкультуре представляет собой эффективный инструмент, который позволяет студентам осуществлять систематический контроль сво-